

PLANO DE ACÇÃO DA USF MARGINAL

Índice

1. Introdução	3
1.1. Área de influência da USF Marginal	4
1.2. Caracterização da lista de utentes da USF Marginal	4
2. Programas da carteira básica	6
2.2. Planeamento Familiar	7
2.3. Saúde Materna	10
2.4. Saúde Infantil	15
2.5. Utesntes com diabetes	24
2.6. Utesntes com hipertensão	29
2.7. Utesntes com dependência crónica	33
2.8. Rastreio oncológico	37
3. Programa de melhoria contínua	41
4. Programa de desenvolvimento profissional e formação	48
4.1. Organização da Formação	49
5. Carteira adicional	55
5.1. Programa de tabagismo	55
5.2. Alargamento de cobertura	59

1. Introdução

A USF Marginal tem por missão prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos a quem presta cuidados e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de todos.

A USF Marginal é constituída por um grupo de profissionais que se propõe trabalhar em equipa para prestar cuidados de saúde personalizados a um grupo de utentes inscritos na USF.

Com esta finalidade os profissionais elaboraram um documento no qual descrevem a Missão que os norteia, os valores por que se regem as estratégias a adoptar para cumprir a Missão.

O documento é parte integrante do Regulamento Interno mas, pela sua importância na orientação dos profissionais ao elaborarem o plano, a Missão da USF vem expressa no início deste Plano de Acção.

Para elaborar este plano foram ainda tidos em conta o Plano de Acção do Centro de Saúde de Cascais para 2007 e o relatório de actividades do Centro de Saúde de Cascais de 2006, pela ligação existente entre a unidade e o Centro de Saúde e o compromisso assumido pelos profissionais da USF em colaborar com a Direcção do Centro de saúde para o cumprimento dos seus objectivos, e o plano Nacional de Saúde para 2004 como documento orientador para a gestão da mudança centrada no cidadão, a promoção da saúde, o investimento na

saúde em todas as fases do ciclo de vida, a gestão da doença e a identificação de áreas prioritárias de intervenção. Foram ainda considerados os indicadores existentes dos seis primeiros meses de actividade da USF Marginal, com as limitações ainda existentes no sistema informático para cálculo dos mesmos.

1.1. Área de influência da USF Marginal

A área geográfica de actuação da USF Marginal é a do Centro de Saúde de Cascais (freguesias de Cascais, Alcabideche e Estoril), tendo em conta que as listas de utentes de alguns dos médicos abrangem utentes das três freguesias. Com o objectivo de manter a inscrição nas listas actuais para os utentes que assim optarem, a área de actuação não foi restrita á Freguesia do Estoril, embora possa tenha sido priorizada a inscrição de residentes nesta freguesia, e sem médico de família, para os médicos que integraram a USF sem lista previamente constituída.

1.2. Caracterização da lista de utentes da USF Marginal

A lista de utentes da USF Marginal é uma lista de constituição recente, que engloba um número significativo de utentes até aqui sem médico de família. O cálculo das várias fracções, nomeadamente dos grupos etários, vulneráveis e de risco, foi efectuado com base nos números da globalidade dos utentes inscritos, e histórico do Centro de Saúde de Cascais, porque não existe no momento um conhecimento integral das características dos utentes, nomeadamente da prevalência de determinados problemas. Embora seja um plano feito a três anos, deverá ser ajustado sempre que haja melhor conhecimento das listas e avaliações intercalares de resultados.

O quadro seguinte apresenta uma caracterização sumária dos inscritos.

0-6 anos	7-64 anos	65-74 anos	> 75 anos	Total
1435	13283	1574	1367	17659

2. Programas da carteira básica

2.1.1. Utilização global e acessibilidade

A promoção e manutenção da saúde individual e das famílias está dependente, entre outros factores, de um aumento da acessibilidade aos serviços de saúde. Nessa perspectiva a USF Marginal procura organizar os horários de atendimento e criar estratégias que facilitem o acesso dos cidadãos.

2.1.2. População alvo

Totalidade da população inscrita na USF - 17659 utentes

2.1.3. Indicadores e metas

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico 6 meses	2008	2009	2010
3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	87.73%	75%	80%	80%
3.15	Taxa de utilização global de consultas.	41.36%	65%	68%	70%
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos. por 1000 inscritos.	13.58%0	20%0	20%0	20%0
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos.	30.1%0	85%0	90%0	95%0

2.2. Planeamento Familiar

2.2.1. Introdução

A manutenção da saúde individual e das famílias está intimamente relacionada com uma vivência saudável da sexualidade, o planeamento da família de acordo com o desejo e as possibilidades do casal e a preparação e acompanhamento da gravidez, não só de acordo com os conhecimentos mais actuais em medicina materno-fetal, mas também como apoio para uma função parental responsável.

2.2.2. População alvo

Mulheres em idade fértil entre os 15 e 49 anos inscritas na USF (n=4675).

2.2.3. Objectivos

Atingir uma taxa de cobertura de 40%, até 2010.

2.2.4. Indicadores e metas

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico CS Cascais (2006)	2008	2009	2010
3.23	Tx de utilização de consultas médicas m planeamento familiar	14.9	20	30	40
3.22	Taxa de utilização de consultas de enfermagem em planeamento familiar	14.9	20	30	40
5.2 modificado	% de mulheres com colpocitologia realizada na USF nos últimos três anos	-----	20	30	40

2.2.5. Actividades e cronograma

Realização da consulta de planeamento familiar

Quem:	Administrativos, enfermeiros e médicos
Como:	Marcação e realização programada e oportunista de consultas, por todos os elementos da equipa, para além das pedidas pelas utentes.
Onde:	Gabinetes clínicos e secretariado clínico.
Quando:	Preferencialmente no horário de planeamento familiar, permitindo flexibilidade de horários, com base na disponibilidade da utilizadora.

Avaliação:	Nº de primeiras consultas (mulheres 15-49 anos) x 100 / Nº de mulheres em idade fértil (15-49 anos) inscritas na USF
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo
Utilização:	Consulta médica: 1 x por ano; consulta enfermagem: 2 x por ano.

2.2.6. Carga horária

Actividade	Carga horária para 2008								
	Administrativo (contactos)			Enfermeiro (consultas)			Médico (consultas)		
	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)
Realização de consulta de PF	1870	5610	94	1870	37400	623	935	18700	311

2.2.7. Serviços mínimos

- Disponibilidade de contraceptivos;
- Disponibilidade e atendimento clínico para:
 - Pedido de pílula de dia seguinte;
 - Pedido de interrupção voluntária de gravidez.

2.3. Saúde Materna

2.3.1. Introdução

A gravidez é um período da vida da mulher que necessita principalmente de cuidados antecipatórios e, por vezes, de cuidados curativos.

A gravidez é também, uma oportunidade excelente para intervir na saúde da família, pela detecção de doenças transmissíveis de que a grávida seja portadora, como de hábitos ou comportamentos nocivos para a sua saúde e a da família.

Por outro lado, a vigilância da gravidez é um momento óptimo para reforçar a relação sinérgica entre a equipa de saúde e o casal, demonstrando a importância desta relação na promoção da saúde da criança e da família. É também uma boa oportunidade para envolver o pai na vigilância de saúde, nos cuidados à criança e na promoção de hábitos saudáveis. Também deve ser objecto de atenção a promoção de relações familiares construtivas e adequação do papel parental, antecipando as alterações que surgem com a chegada do bebé, a nível do relacionamento familiar e das funções a desempenhar, e identificando uma rede de suporte familiar e social para períodos de cansaço, stress ou depressão.

2.3.2. População alvo

Com base no nº de nascimentos na população da área de influência do CS Cascais no ano de 2006, são esperadas 193 gravidezes por ano na população da USFM.

2.3.3. Objectivos

- Atingir uma taxa de cobertura em Saúde Materna de 70% em 2010.
- Efectuar a primeira consulta de saúde materna no primeiro trimestre de gravidez a mais de 90% das grávidas seguidas na USF, em 2010.
- Conseguir que 80% das grávidas tenham, pelo menos, 6 consultas de vigilância, em 2010.

2.3.4. Indicadores e metas

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
6.10	Tx de utilização da consulta de saúde materna	50	60	65	70
6.9	Percentagem de primeiras consultas efectuadas no primeiro trimestre	85	85	87	90
4.7 4.22	Número médio de consultas médicas e de enfermagem por grávida vigiada na USF	-	4	5	6
6.4	Percentagem de grávidas com revisão de puerpério	---	60	70	80
4.33	Percentagem de visitas domiciliárias a puerperas vigiadas na USF		50	60	70

2.3.5. Actividades e cronograma

2.3.5.1. Realização da consulta de saúde materna.

Quem:	Médicos e enfermeiros
Como:	Disponibilizar informação aos utentes, nomeadamente nas consultas de planeamento familiar, sobre a consulta de saúde materna da Unidade
Onde:	Gabinetes clínicos e secretariado clínico.
Quando:	Preferencialmente no horário da saúde materna, permitindo flexibilidade de horários, com base na disponibilidade da utilizadora.
Avaliação:	Nº de primeiras consultas de SM x 100 / Nº de recém nascidos registados na USF
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro., 3 minutos para o administrativo
Utilização:	Consulta médica e de enfermagem: 1 primeira consulta por gravidez

2.3.5.2. Fomentar a realização das primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre.

Quem:	Médicos, enfermeiros e administrativos.
Como:	Facilitar a marcação ou a realização da consulta no primeiro contacto da grávida com a Unidade.
Onde:	Gabinetes clínicos e secretariado clínico.

Quando:	Aconselhamento oportunista por todos os elementos da equipa.
Avaliação:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas de SM nas primeiras 12 semanas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas de gravidez}}$
Duração:	(não aplicável)
Utilização:	(não aplicável)

2.3.5.3. Realização de, pelo menos, 6 consultas de vigilância a cada grávida.

Quem:	Médicos, enfermeiros e administrativos
Como:	Efectuar a marcação da consulta seguinte em todas as consultas
Onde:	Gabinetes clínicos
Quando:	Preferencialmente no horário da saúde materna, permitindo flexibilidade de horários, com base na disponibilidade da utilizadora
Avaliação:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de grávidas, vigiadas na USF, com n}^\circ \text{ de consultas de vigilância} \geq 6, \text{ que terminaram a gravidez no período de avaliação} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de grávidas que terminaram a gravidez no período de avaliação}}$
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo
Utilização:	Consulta médica e de enfermagem: 6 consultas por gravidez

2.3.6. Carga horária

Actividade	Carga horária para 2008								
	Administrativo (contactos)			Enfermeiro (consultas)			Médico (consultas)		
	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)
Realização de consulta de SM	696	2088	35	696	13920	232	696	13920	232

2.3.7. Serviços mínimos

Consulta de vigilância da gravidez.

2.4. Saúde Infantil

2.4.1. Introdução

Os médicos e enfermeiros de família são os primeiros responsáveis pela vigilância de saúde das crianças e jovens, nas suas vertentes preventiva, curativa e de reabilitação, em colaboração com outros profissionais de saúde, assim como com as crianças e suas famílias.

Segundo as recomendações da DGS a consulta de Saúde Infantil e Juvenil é dirigida a todos os utentes com idade inferior a 18 anos. A frequência das consultas obedece às recomendações da DGS de 2002.

2.4.2. População alvo

Crianças e jovens, até aos 18 anos de idade (n=3720) com planificação detalhada para o primeiro (n=146) e segundo (n=182) anos de vida e para os exames globais de saúde dos 5-6 anos e 11-13 anos.

2.4.3. Objectivos

- Vigiar, em consulta de saúde infantil, 80% das crianças inscritas na USF, no primeiro ano de vida, em 2010.
- Vigiar, em consulta de saúde infantil, 80% das crianças inscritas na USF, no segundo ano de vida, em 2010.
- Realizar a primeira consulta de vida, até ao 28º dia, a 90% das crianças, em 2010.

- Cumprir o PNV previsto em 98% das crianças ao segundo ano de vida, em 2010.
- Realizar o exame global de saúde dos 5-6 anos a 50% das crianças, em 2010.
- Realizar o exame global de saúde dos 11-13 anos a 30% das crianças, em 2010.

2.4.4. Indicadores e metas

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
3.24	Tx de utilização de consultas de saúde infantil no primeiro ano de vida	66	70	75	80
3.25	Tx de utilização de consultas de saúde infantil no segundo ano de vida	-	65	75	80
6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuada até ao 28º dia	67	75	85	90
6.13	% de diagnósticos precoces realizados até ao 7º dia de vida do RN		90	95	97
4.34 modificado	% de visitas domiciliárias a RN até aos 15 dias de vida		40	45	50

4.13	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 0 aos 11 meses.		5	6	6
4.10	Número médio de consultas de vigilância de saúde infantil dos 12 aos 23 meses		2	3	3
	Percentagem de crianças no 2º ano com registo de peso e altura nos últimos 12 meses		65	75	80
6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos	85	90	95	98
4.16	Percentagem de exames globais de saúde em crianças com 6 anos completos	30	40	45	50
4.17	Percentagem de exames globais de saúde em crianças com 13 anos completos	11	15	20	30

2.4.5. Actividades e cronograma

2.4.5.1. Realização da consulta de saúde infantil no primeiro ano de vida

Quem:	Enfermeiros, médicos e administrativos
Como:	Cumprindo as orientações da DGS. Efectuar a marcação da consulta seguinte em todas as consultas Convocar as crianças que não comparecem à consulta
Onde:	Nos gabinetes clínicos
Quando:	Preferencialmente no horário de Saúde Infantil, permitindo flexibilidade de horários, com base na disponibilidade dos utilizadores.
Avaliação:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças com idade inferior a um ano com pelo menos uma consulta de vigilância no período de avaliação}}{\text{N}^\circ \text{ de crianças inscritas na USF com menos de um ano}} \times 100$
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo
Utilização:	6 consultas por ano

2.4.5.2. Realização da consulta de saúde infantil no segundo ano de vida

Quem:	Enfermeiros, médicos e administrativos
Como:	Cumprindo as orientações da DGS. Efectuar a marcação da consulta seguinte em todas as consultas Convocar as crianças que não comparecem à consulta

Onde:	Nos gabinetes clínicos
Quando:	Preferencialmente no horário de Saúde Infantil, permitindo flexibilidade de horários, com base na disponibilidade dos utilizadores
Avaliação:	Nº de crianças com idade compreendida entre 12 e 23 meses com pelo menos uma consulta de vigilância no período de avaliação x 100 / Nº de crianças inscritas na USF com idade compreendida entre 12 e 23 meses
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo
Utilização:	3 consultas por ano

2.4.5.3. Realização da primeira consulta de vida antes do 28º dia de vida.

Quem:	Enfermeiros, médicos e administrativos
Como:	Acessibilidade plena para a realização desta consulta Promoção da importância desta consulta no final de gravidez e na realização do diagnóstico precoce e na visita domiciliária ao RN
Onde:	Nos gabinetes clínicos e no domicílio
Quando:	Preferencialmente no horário de Saúde Infantil, permitindo flexibilidade de horários, com base na disponibilidade dos utilizadores.
Avaliação:	Nº de primeiras consultas na vida realizadas até ao 28º dia x 100 / Nº de primeiras consultas na vida
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo
Utilização:	(não aplicável)

2.4.5.4. Cumprir o PNV no 2º ano de vida

Quem:	Enfermeiros e médicos
Como:	Acessibilidade plena para a actualização do PNV Promoção da importância da actualização do PNV no final de gravidez e em todas as consultas de saúde infantil Verificação da actualização do PNV em todas as consultas de saúde infantil
Onde:	Nos gabinetes clínicos
Quando:	Preferencialmente no horário de Saúde Infantil e de Vacinação, permitindo flexibilidade de horários, com base na disponibilidade dos utilizadores.
Avaliação:	N° de crianças com 2 anos com PNV actualizado x 100 / N° de crianças com 2 anos inscritas na USF
Duração:	10 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo Nas crianças seguidas na consulta de saúde infantil esta actividade está englobada da duração da consulta
Utilização:	Consulta de enfermagem: 7 consultas

2.4.5.5. Realizar o exame global de saúde às crianças com 6 anos de vida completos

Quem:	Enfermeiros, médicos e administrativos
Como:	Convocar para exame global de saúde todas as crianças que completam 6 anos nesse ano.
Onde:	Nos gabinetes clínicos

Quando:	Durante o ano em que completam 6 anos de idade
Avaliação:	Nº de exames globais de saúde às crianças de 6 anos x 100 / Nº de crianças com 6 anos inscritas na USF
Duração:	20 minutos para o enfermeiro, 20 minutos para o médico , 3 minutos para o administrativo
Utilização:	(não aplicável)

2.4.5.6. Realizar o exame global de saúde às crianças com 13 anos de vida completos

Quem:	Enfermeiros, médicos e administrativos
Como:	Convocar para exame global de saúde todas as crianças que completam 13 anos nesse ano.
Onde:	Nos gabinetes clínicos
Quando:	Durante o ano em que completam 13 anos de idade
Avaliação:	Nº de exames globais de saúde às crianças de 13 anos x 100 / Nº de crianças com 13 anos inscritas na USF
Duração:	20 minutos para o enfermeiro, 20 minutos para o médico , 3 minutos para o administrativo
Utilização:	(não aplicável)

2.4.6. Carga horária

Actividade	Carga horária para 2008								
	Administrativo (contactos)			Enfermeiro (consultas)			Médico (consultas)		
	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)
Consulta de SI no 1º ano de vida ¹	730	2 190	37	730	14 600	243	730	14 600	243
Consulta de saúde infantil no segundo ano de vida ²	546	1 638	27	546	10 920	182	546	10 920	182
Exame global de saúde às crianças com 6 anos de vida completos	193	579	10	193	3860	64	193	3860	64
Exame global de saúde às crianças com 13 anos de vida completos	191	573	10	191	3820	64	191	3820	64

¹ (calculado para uma média de 5 consultas)

² (calculado para uma média de 3 consultas)

2.4.7. Serviços mínimos

- Disponibilidade para marcação de:
 - Teste de diagnóstico precoce no prazo até ao 7º dia;
 - Primeira consulta na vida até ao 28º dia;
- Disponibilidade para actualização do PNV.

2.5. Utentes com diabetes

2.5.1. Introdução

A Diabetes é uma doença crónica e progressiva, com uma crescente prevalência nas sociedades desenvolvidas. A prevalência global nos países industrializados é de 2 a 6%, atingindo taxas mais elevadas nos indivíduos de mais de 65 anos.

Os doentes diabéticos têm uma menor esperança de vida que a população em geral, devendo-se o aumento da mortalidade à doença coronária, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência renal. A mortalidade é maior nos doentes que têm pior controlo metabólico ou outros factores de risco associados.

Para o diagnóstico e acompanhamento destes doentes, serão utilizados, os mais recentes critérios e metodologias adoptados pela American Diabetes Association (ADA), subscritos pela APMCG.

2.5.2. População alvo

Utentes diabéticos inscritos na USF (n=638).

2.5.3. Objectivos

- Assegurar que 80% dos utentes diabéticos tenham pelo menos um registo da HbA1C nos últimos 3 meses, em 2010
- Assegurar que 90% dos utentes diabéticos tenham pelo menos um registo anual do colesterol LDL, em 2010

- Assegurar que 90% dos utentes diabéticos tenham pelo menos um registo anual da microalbuminúria ou da proteinúria, em 2010

2.5.4. Indicadores e metas

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
5.4	% de diabéticos com pelo menos um registo de HbA1C nos últimos 3 meses	-	70	75	80
5.5	% de diabéticos com pelo menos um registo de colesterol LDL anual	-	70	80	90
5.6	% de diabéticos com pelo menos um registo de microalbuminúria ou proteinúria anual	-	70	80	90
6.19	% de diabéticos (vig.USF) abrangidos pela consulta de enfermagem		50	55	60
6.16	% de casos com gestão regime terap.ineficaz				
5.7	% diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano.		70	80	90

2.5.5. Actividades e cronograma

2.5.5.1. Avaliar trimestralmente a HbA1C aos diabéticos

Quem:	Médicos e enfermeiros
Como:	Pedido oportunista da análise em qualquer contacto com a Unidade
Onde:	Gabinetes clínicos
Quando:	Em qualquer altura com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Utentes diabéticos com pelo menos um registo de HbA1c nos últimos 3 meses x 100 / utentes diabéticos dos 18 aos 75 anos
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo.
Utilização:	Consulta médica: 4 consultas

2.5.5.2. Avaliar anualmente o colesterol LDL aos diabéticos

Quem:	<ul style="list-style-type: none">• Médicos e enfermeiros
Como:	<ul style="list-style-type: none">• Pedido oportunista da análise em qualquer contacto com a Unidade
Onde:	<ul style="list-style-type: none">• Gabinetes clínicos
Quando:	<ul style="list-style-type: none">• Em qualquer altura com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Utentes diabéticos com pelo menos um registo de LDL nos últimos 12 meses x 100 / utentes diabéticos dos 18 aos 75 anos
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo.
Utilização:	Consulta médica: 1 consulta

2.5.5.3. Avaliar anualmente a microalbuminúria ou a proteinúria aos utentes diabéticos

Quem:	<ul style="list-style-type: none"> Médicos e enfermeiros
Como:	<ul style="list-style-type: none"> Pedido oportunista da análise em qualquer contacto com a Unidade
Onde:	<ul style="list-style-type: none"> Gabinetes clínicos
Quando:	<ul style="list-style-type: none"> Em qualquer altura com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Utentes diabéticos com pelo menos um registo de microalbuminúria nos últimos 12 meses ou diagnóstico de nefropatia x 100 / utentes diabéticos dos 18 aos 75 anos
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo.
Utilização:	Consulta médica: 1 consultas

2.5.5.4. Realizar anualmente um exame aos pés aos utentes diabéticos

Quem:	<ul style="list-style-type: none"> Médicos e enfermeiros
Como:	<ul style="list-style-type: none"> Realização em consulta programada
Onde:	<ul style="list-style-type: none"> Gabinetes clínicos
Quando:	<ul style="list-style-type: none"> Em qualquer altura com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Utentes diabéticos com pelo menos um exame dos pés nos últimos 12 meses

Duração:	minutos para o médico, minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo.
Utilização:	Consulta médica ou de enfermagem: 1 consultas

2.5.6. Carga horária

Actividade	Carga horária para 2008								
	Administrativo (contactos)			Enfermeiro (consultas)			Médico (consultas)		
	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)
Consulta aos utentes diabéticos	638	7656	128	638	25520	425	638	25520	425

2.5.7. Serviços mínimos

Situações de urgência clínica

2.6. Utentes com hipertensão

2.6.1. Introdução

A HTA³ é uma doença com grande impacto na saúde pelo risco cardiovascular que condiciona, principalmente nos casos de falta de controlo. Para além da dificuldade em controlar estes doentes, existe ainda um problema de subdiagnóstico muito importante nesta patologia.

Segundo os critérios da OMS/SIH⁴, a necessidade de iniciar terapêutica farmacológica e a frequência de monitorização da doença dependem do grau de risco cardiovascular de cada hipertenso.

2.6.2. População alvo

Utentes hipertensos inscritos na USFmarginal (n=1812).

2.6.3. Objectivos

- Consulta directa e avaliação clínica semestral na USF;
- Determinação do risco cardiovascular aos utentes hipertensos

³ HTA: hipertensão arterial

⁴ OMS: Organização Mundial de Saúde; SIH: Sociedade Internacional de Hipertensão

2.6.4. Indicadores e metas

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
5.10	Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses	-	65	70	75
-	Percentagem de hipertensos com o risco cardiovascular registado	-	50	60	70
5.13 modificado	% de hipertenso vigiados na USF com um registo de IMC no último ano.	-	65	70	75
6.2 modificado	% de hipertenso vigiados na USF com Td actualizada	-	30	35	50

2.6.5. Actividades e cronograma

2.6.5.1. Consulta directa e avaliação clínica semestral na USF

Quem:	Administrativos, Enfermeiros e Médicos
Como:	Monitorização de PA em intervalos não superiores a 6 meses Marcação antecipada das consultas de vigilância Promoção da importância da vigilância clínica, junto dos utentes, em todas as consultas
Onde:	Nos gabinetes clínicos

Quando:	Em qualquer altura, com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Utentes hipertensos com pelo menos um registo de PA nos últimos 6 meses x 100 / todos utentes hipertensos
Duração:	20 minutos para o médico, 20 minutos para o enfermeiro, 3 minutos para o administrativo.
Utilização:	Consulta médica: 1 consulta anual, consulta de enfermagem: 1 consulta anual

2.6.5.2. Determinação do risco cardiovascular aos utentes hipertensos

Quem:	Enfermeiros
Como:	Aplicação de tabelas de risco cardiovascular, aplicação Td, IMC
Onde:	Nos gabinetes clínicos
Quando:	Em qualquer altura, com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Utentes hipertensos com pelo menos um registo de valor de risco cardiovascular , nos últimos 12 meses x 100 / todos utentes hipertensos
Duração:	20 minutos para o enfermeiro
Utilização:	Consulta de enfermagem: 1 consulta anual (coincidente com a consulta anterior)

2.6.6. Carga horária

Actividade	Carga horária para 2008								
	Administrativo (contactos)			Enfermeiro (consultas)			Médico (consultas)		
	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)
Consulta a utentes hipertensos	1812-420= 1392	8352	139	1812-420= 1392	27840	464	1812-420= 1392	27840	464

2.6.7. Serviços mínimos

Situações de urgência clínica.

2.7. Utentes com dependência crónica

2.7.1. Introdução

Os doentes com alguma forma de dependência merecem cuidados diferenciados por parte dos serviços de saúde. Trata-se muitas vezes de doentes idosos ou com graves problemas de locomoção, que têm acesso condicionado aos cuidados de saúde.

Assim naquilo que diferencia estes utentes dos restantes, os principais objectivos centram-se em redor da redução ou eliminação atempada da sua dependência, sempre que possível, e nos casos de dependência permanente, o objectivo principal é facultar os cuidados clínicos necessários através de visitas domiciliárias/cuidados continuados.

Para programação de cuidados de saúde a estes utentes é necessária a sua identificação e caracterização quanto ao grau de dependência, tipo de família em que estão inseridos, identificação do cuidador principal, problemas activos e rede de suporte existente. Só este tipo de conhecimento permitirá programar a periodicidade de visitas ao domicílio, outro tipo de encontro com familiares e a necessidade eventual de articulação com a equipa de cuidados continuados e rede alargada de recursos da comunidade para os cuidados de higiene, alimentação, fisioterapia, eliminação de barreiras no domicílio, fornecimento de ajudas técnicas, etc.

Os objectivos específicos definidos para os cuidados no domicílio a utentes dependentes são os seguintes

- Efectuar o diagnóstico de situação dos doentes dependentes inscritos na USF
- Assegurar cuidados domiciliários continuados e em equipa aos doentes dependentes identificados
- Fornecer ajudas técnicas aos indivíduos dependentes identificados que delas necessitem

2.7.2. População alvo

Todos os utentes identificados com dependência, com base em critérios clínicos e tabelas específicas.

2.7.3. Objectivos

Facultar os cuidados clínicos necessários através de visitas domiciliárias/cuidados continuados.

2.7.4. Indicadores e metas

Indicador		Metas ⁵			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos	7	30	35	35
4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos	113	50	75	80

⁵ Valores todos em permilagem (‰)

2.7.5. Actividades e cronograma

2.7.5.1. Facultar os cuidados clínicos necessários através de visitas domiciliárias/cuidados continuados.

Quem:	Médicos e enfermeiros
Como:	Detectar e registar situações de dependência temporária ou permanente Estabelecer um plano de visitas domiciliárias aos utentes com dependência crónica, em função do grau de dependência e das comorbilidades existentes Programação atempada de visitas domiciliárias por doença aguda a estes utentes
Onde:	No domicílio
Quando:	Marcação de visita com base nos critérios gerais de consulta, para prestação de cuidados de vigilância Flexibilização do horário de marcação para prestação de cuidados urgentes
Avaliação:	Nº de visitas domiciliárias médicas x 1000 total de inscritos na USF / Nº de visitas domiciliárias de enfermagem x 1000 total de inscritos na USF
Duração:	60 minutos para o médico e enfermeiro e 3 minutos para o administrativo
Utilização:	Consulta médica e de enfermagem: dependente da co-morbilidade

2.7.6. Carga horária

A carga horária previsível é de 15 horas semanais para os médicos e 45 horas semanais para os enfermeiros. O cálculo mais rigoroso depende da progressiva identificação desta população.

2.7.7. Serviços mínimos

Situações de urgência clínica.

Serão, ainda, assegurados os tratamentos e administração de medicação no âmbito da continuidade de cuidados.

2.8. Rastreio oncológico

2.8.1. Introdução

A patologia oncológica, apesar de pouco frequente na população geral, é uma patologia que pela sua gravidade – os tumores malignos são a segunda causa de morte em Portugal - exige uma abordagem particular.

Para além do ensino de hábitos saudáveis que permitem evitar o aparecimento de doença oncológica, beneficiando a saúde em geral (Código Europeu Contra o Cancro), e da informação sobre sinais de alerta da doença oncológica, o médico de família tem a responsabilidade de identificar factores de risco na sua população utente e de efectuar o diagnóstico precoce da doença neoplásica, particularmente em alguns órgãos específicos como a mama, o colo do útero, cólon e a pele. Deve também organizar e estruturar os recursos familiares para apoio ao doente neoplásico, bem como fornecer acesso às possíveis terapêuticas (curativas ou paliativas).

2.8.2. População alvo

Mulheres com idades compreendidas entre os 26 e os 64 anos (n=5 470)

Mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos (n=2 165)

2.8.3. Objectivos

- Assegurar que 45% das mulheres entre os 25 e os 64 anos tenham colpocitologia registada nos últimos 3 anos, em 2010.

- Assegurar que 70% das mulheres entre os 50 e os 69 anos tenham mamografia registada nos últimos 2 anos, em 2010.

2.8.4. Indicadores e metas

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e os 64 anos com colpocitologia registada nos últimos 3 anos	-	40	42	45
5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos	-	60	65	70

2.8.5. Actividades e cronograma

- 2.8.5.1. Realizar rastreio de cancro do colo do útero às mulheres entre os 25 e os 64 anos, cada 3 anos.

Quem:	Médicos, enfermeiros e administrativos
Como:	Marcação oportunista de consulta para rastreio do cancro do colo do útero em qualquer contacto com a Unidade
Onde:	Gabinetes clínicos e secretariado clínico
Quando:	Em qualquer altura com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Nº de mulheres dos 25-64 anos com registo de colpocitologia nos últimos 3 anos x100 / todas as mulheres dos 25-64 anos elegíveis para rastreio

Duração:	20 minutos para o médico; 20 minutos para o enfermeiro; 3 minutos para o administrativo
Utilização:	Uma consulta cada 3 anos.

2.8.5.2. Realizar rastreio de cancro da mama às mulheres entre os 50 e os 69 anos, cada 2 anos.

Quem:	Médicos e enfermeiros
Como:	Pedido oportunista do exame na consulta médica.
Onde:	Gabinetes clínicos
Quando:	Em qualquer altura com base nos critérios gerais de marcação de consulta
Avaliação:	Nº de mulheres dos 50-69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos x100 / todas as mulheres dos 50-69 anos elegíveis para rastreio
Duração:	Englobada nas consultas de saúde do adulto ou do rastreio oncológico
Utilização:	Consulta médica: 1 em cada 2 anos

2.8.6. Carga horária

Actividade	Carga horária para 2008								
	Administrativo (contactos)			Enfermeiro (consultas)			Médico (consultas)		
	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)	Nº	minutos	Total (h)
Rastreio do cancro do colo do útero ⁶	106	318	53	106	2120	35	106	2120	35

2.8.7. Serviços mínimos

Não se aplica.

⁶ Excluindo as mulheres que realizam este exame na consulta de PF.

3. Programa de melhoria contínua

3.1.1. Introdução

A finalidade do Núcleo da Qualidade é dinamizar a evolução da USF Marginal para os parâmetros que sucessivamente forem considerados os da excelência na prestação de serviços de saúde.

A actuação do Núcleo da Qualidade tem como centro a díade cidadão-profissional da USFM e desenrola-se segundo três eixos-major: satisfação do cidadão, desempenho profissional e qualidade organizacional.

3.1.2. População alvo

Todos os profissionais e cidadãos inscritos na USFM.

3.1.3. Objectivos

Áreas	Objectivos
A – Satisfação do cidadão	Dar a melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos das comunidades abrangidas pela USFM: A.1 – Constituição e/ou manutenção do grupo de cidadãos USFM A.2 - Realização de reuniões entre cidadãos e profissionais da USFM; A.3 – Avaliar as áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM;

	A.4 - Diminuir o número de reclamações de cidadãos consideradas justificadas pela USFM em relação ao ano anterior.
B – Desempenho profissional	<p>Motivar os profissionais da USFM para um exercício permanente de qualidade:</p> <p>B.1 – Constituição de círculos da qualidade baseados em boas práticas identificadas;</p> <p>B.2 – Avaliar a satisfação profissional dos profissionais da USFM.</p>
C - Qualidade organizacional	<p>Optimizar a qualidade organizacional da USFM:</p> <p>C.1 – Proceder à avaliação da qualidade organizacional através da metodologia MoniQuOr (e cumprimento de metas para cada uma das seis áreas);</p> <p>C.2 – Proceder à execução de auditorias internas na USFM</p> <p>C.3 – Proceder à avaliação dos fornecedores da USFM;</p> <p>C.4 - Proceder a uma avaliação intermédia (4 a meses antes da avaliação do final do ano) do cumprimento das metas do plano de acção da USFM</p>

3.1.4. Indicadores e metas

A – Satisfação do Cidadão – dar a melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos das comunidades abrangidas pela USFM.

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
-	A.1 – Constituição ou manutenção do grupo de Cidadãos USFM? (Sim ou Não)	Não	Sim	Sim	Sim
-	A.2 - Realização de reuniões entre Cidadãos e Profissionais USFM? (Sim ou Não)	0	2	4	4
-	A.3 – Avaliar as áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM pelo menos uma vez por ano? (Sim ou Não)	Sim	Sim	Sim	Sim
3.1.1	A.3.1 – Percentagem de utilizadores satisfeitos / muito satisfeitos com a USFM - operacionalizada como o quociente entre o número de questões com uma percentagem igual ou superior a 55% de respostas “muito boa” ou “excelente” e o total de questões do questionário de identificação de	18/34 (52%)**	20/34 (59%)	22/34 (65%)	24/34 (71%)

	áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos da USFM *				
-	A.4 - Diminuir ou manter o número de reclamações de cidadãos inscritos na USFM consideradas justificadas pela USFM em relação ao ano anterior ? (Sim ou Não)	-	Sim	Sim	Sim
3.1.2	A.4.1 - N° de reclamações escritas por 10.000 contactos	-	5	4	3

* A escala utilizada é “má”, “razoável”, “boa”, “muito boa” ou “excelente” num questionário com 34 questões baseado no questionário Europep, avaliando o desempenho dos médicos (9 questões), dos enfermeiros (9 questões), dos administrativos (8 questões) e a USF Marginal em geral (8 questões).

** Avaliação efectuada no final do terceiro mês de actividade.

B – Desempenho profissional - Motivar os profissionais da USFM para um exercício permanente de qualidade

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
-	B.1 – Constituição de círculos da qualidade baseados em boas práticas identificadas? (sim ou não)	Não	Sim	Sim	Sim
-	B.2 – Avaliar a satisfação profissional dos profissionais da USFM ? (sim ou não)	Sim	Sim	Sim	Sim
3.2	Percentagem de profissionais satisfeitos/muito	11/22 (50%)**	13/22 (59%)	14/22 (64%)	15/22 (68%)

	Satisfeitos (número de questões com uma percentagem igual ou superior a 75% de respostas “4” ou “5”* / total de questões do questionário de satisfação profissional da USFM)				
--	--	--	--	--	--

* A escala utilizada vai de “1” a “5” (equivalendo “1” e “2” a insatisfação e “4” e “5” a satisfação) num questionário com 22 questões.

** Avaliação efectuada no final do terceiro mês de actividade.

C - Qualidade organizacional - Optimizar a qualidade organizacional da USFM

Indicador		Metas			
Ref.	Nome	Histórico	2008	2009	2010
	C.1 – Proceder à avaliação da qualidade organizacional através da metodologia MoniQuOr? (sim ou não)	Sim	Sim	Sim	Sim
	C.1.1 - Organização e gestão	93%	95%	95%	95%
	C.1.2 - Direitos dos cidadãos	88%	90%	90%	90%
	C.1.3 - Promoção da saúde	62%	70%	75%	80%
	C.1.4 - Prestação de cuidados de saúde	60%	65%	70%	75%
	C.1.5 - Educação contínua e desenvolvimento da qualidade	77%	80%	80%	85%
	C.1.6 - Instalações e equipamentos	82%	85%	85%	85%

	C.2 – Proceder à execução de uma auditoria interna na USFM	Não	Sim	Sim	Sim
	C.3 – Proceder a uma avaliação dos fornecedores da USFM? (sim ou não)	Não	Sim	Sim	Sim
	C.4 - Proceder a uma avaliação intermédia (4 a meses antes da avaliação do final do ano) do cumprimento das metas do plano de acção da USFM? (sim ou não)	Não	Sim	Sim	Sim

3.1.5. Actividades e cronograma

As actividades são desenvolvidas pelo Núcleo da Qualidade da USF Marginal com periodicidade anual.

3.1.6. Carga horária

Actividade	Carga horária para 2008 (horas)
A.1 – Constituição ou manutenção do grupo de cidadãos USFM	30
A.2 - Realização de reuniões entre cidadãos e profissionais USFM	60
A.3 – Avaliar as áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM	70
A.4 - Avaliar as reclamações de cidadãos inscritos na USFM	40
B.1 – Constituição de círculos da qualidade baseados em boas práticas identificadas	30
B.2 – Avaliar a satisfação profissional dos profissionais da USFM	70
C.1 – Proceder à avaliação da qualidade organizacional através da metodologia	40

MoniQuOr (cumprimento de metas para cada uma das seis áreas);	
C.2 – Proceder à execução de auditorias internas	60
C.3 – Proceder à avaliação dos fornecedores;	15
C.4 - Proceder a uma avaliação intermédia (4 a meses antes da avaliação do final do ano) do cumprimento das metas do plano de acção	20

3.1.7. Serviços mínimos

Não se aplica.

4. Programa de desenvolvimento profissional e formação

O programa de desenvolvimento profissional e formação da USF marginal deseja desenvolver aptidões e competências de todos os seus profissionais, o que para além de significar uma mais valia pessoal e promover a satisfação profissional, deve ter como objectivo principal o aumento global e continuado da qualidade de prestação de cuidados de saúde dos utilizadores da Unidade. Isto é, pretende-se que o programa não seja interpretado como uma acção individual, descontinuada e desintegrada, mas que todos a entendam como uma actividade em sucessivo desenvolvimento, integrada nos objectivos e metas definidos no plano de acção da USFM, tendo em conta as necessidades avaliadas e as motivações pessoais.

No contexto de “ensino-aprendizagem”, uma vez que a USFM ambiciona ser uma “Unidade-Docente” pretende-se que qualquer formando que escolha a USFM como ambiente de aprendizagem, não seja um mero receptor passivo de informação, mas que consiga construir o seu próprio saber em interacção com o meio que o rodeia, nomeadamente em diálogo com os outros formandos e profissionais de saúde. Neste âmbito, a Unidade reconhecerá o formando como um ser autónomo, singular, com estratégias de aprendizagem próprias e procurará proporcionar uma atmosfera formativa, o mais estimulante e atraente possível, com muita variedade de práticas e contextos educativos e participativos.

Propomo-nos ser uma organização de aprendizagem, isto é, queremos fazer da aprendizagem uma característica nuclear da USFM, onde o conhecimento acumulado por cada profissional deverá ser assimilado e ampliado por toda a Unidade, influenciando e melhorando as suas normas e a prática clínica. Com esse fim, a USFM propõe-se ser uma comunidade prática, onde se desenvolvem

ambientes formativos criadores de profissionais experientes e críticos, que não se focam apenas na acumulação de conhecimentos, mas também no aperfeiçoamento de rotinas de aprendizagem produtivas. Em cada um dos contextos formativos, propõe-se que o desenvolvimento profissional e formativo tenha em conta os seguintes níveis:

1º Nível, o mais básico, aquele em que a identificação do erro leva à sua correcção

2º Nível, em que há capacidade para se questionarem os objectivos, normas e inovar

3º Nível, onde se reflecte sobre como se aprende – a meta-aprendizagem – e se tira partido disso em situações futuras

4.1. Organização da Formação

4.1.1. Experiência formativa

O conhecimento da experiência educativa e das áreas de interesse formativo, constitui a primeira acção a desenvolver pela USF marginal, o que permitirá uma avaliação objectiva dos saberes e competências já adquiridas pelos seus elementos. Neste sentido, elaborou-se uma ficha curricular que permite o preenchimento em registo electrónico da experiência e interesse na área da formação de cada elemento. Pretende-se desta forma a constituição de um registo de dados sobre o conhecimento acumulado e reunido nesta Unidade de Saúde.

4.1.2. Contextos formativos

Propõe-se os seguintes tipos de reuniões clínicas, com a respectiva periodicidade:

4.1.2.1. Casos clínicos: semanal

- Clássicos: um profissional de saúde – médico, enfermeiro ou em conjunto - apresenta o(s) caso(s) clínico(s) que seleccionou, pela sua complexidade, interesse, ou por ter cometido um erro; ou apresenta uma revisão das consultas que realizou durante um período de actividade assistencial nos últimos 7 dias.

- Sobre pacientes com baixa laboral ou que foram referenciados: cada médico e oportunamente o enfermeiro, comentam os casos da sua lista (diagnóstico, dificuldade na abordagem e relação com outras especialidade, etc)

- Sobre mortalidade: apresentação e comentário sobre os pacientes falecidos no semestre anterior (diagnóstico, lugar do óbito, controlo da dor, problemas sociais, erros, etc.)

4.1.2.2. Ética na prática clínica: trimestral

Um profissional expõe a teoria acerca de uma questão seleccionada previamente e os todos apresentam casos da sua prática que se referem à questão, comentando e tomando decisões que melhorem a prática clínica sob o ponto de vista ético. Ex: HIV, violência, comunicação de decisões difíceis, etc

4.1.2.3. Consumo de medicamentos / prescrição de MCDT - semestral

Cada médico apresenta e comenta o seu perfil de prescritor (consumo, custo, indicadores de qualidade, etc.) e tomam-se decisões conjuntas que melhorem a prescrição.

4.1.2.4. Sessões monográficas - mensal

O profissional de saúde – médico ou enfermeiro – da USF, do CS Cascais ou outro profissional convidado faz uma apresentação formal dentro da planificação agendada, respeitando preferencialmente a metodologia de apresentação segundo o formato “problem based learning”.

4.1.2.5. Clube de leitura - todas as reuniões clínicas

O profissional de saúde comenta artigos, revistas e documentos científicos, que lhe tenham chamado atenção, ou que se referem a questões ou casos clínicos tratados previamente

4.1.2.6. Reuniões com especialistas - sempre que oportuno

Sessões vocacionadas para tratar de assuntos de interesse comum, para comentar casos clínicos de pacientes que se seguem em conjunto ou para melhorar a relação em áreas onde foram diagnosticados problemas, discutir protocolos de articulação, etc.

4.1.3. Formação interna recomendável

Haverá especial atenção em relação a áreas do desenvolvimento profissional e formação, cujo treino de atitudes e aptidões são para a USF consideradas vitais para a manutenção de níveis mínimos de qualidade de gestos técnicos e de competências necessários à boa imagem e profissionalismo do grupo. São exemplos: áreas de comunicação (autoscopia), aconselhamento e suporte avançado de vida

4.1.4. Avaliação das reuniões clínicas

As reuniões clínicas de formação devem ser avaliadas no final de cada sessão,. No final do ano será realizada uma avaliação global de todo o processo formativo.

4.1.5. Regras para a formação externa

Todo o profissional que frequentar uma acção de formação externa tem 8 dias para preparar um resumo e fornecer a informação de retorno sobre os aspectos mais relevantes da acção de formação.

Formação – 2008

Objectivos	Horas atribuídas	Indicadores de avaliação	Metas
1. Identificar necessidades de formação sentidas individualmente e necessidades de formação percebidas pela equipa (método de consenso)	-----	<u>Número de profissionais participantes</u> x 100 Número de profissionais da USFm	100%
2. Organizar sessões de formação para os profissionais de acordo com as necessidades sentidas e as necessidades identificadas pela equipa	Ver objectivos 3 e 4	<u>% de presenças em cada sessão</u> Número de sessões realizadas	70%
3. Realizar reuniões clínicas com periodicidade semanal, no total de 42 (2 horas / semana)	84	<u>Número de sessões realizadas</u> x 100 Número de sessões programadas	80%
4. Realizar jornadas de formação e de harmonização de procedimentos assistenciais, para todos os profissionais, com periodicidade mensal, no total de 10 (6 h / jornada)	60	<u>Número de jornadas realizadas</u> x 100 Número de jornadas programadas	80%
5. Identificar a opinião dos profissionais tendo em conta a adequação das sessões à sua prática profissional	-----	<u>N.º de sessões que os prof. avaliaram úteis/mto úteis</u> x 100 Número de sessões realizadas	90%

Objectivos	Horas atribuídas	Indicadores de avaliação	Metas
6. Proporcionar aos profissionais administrativos formação de acordo com as suas necessidades específicas	-----	<u>% de presenças em cada sessão</u> Número de sessões realizadas	80%
7. Proporcionar duas (2) acções de formação específica para profissionais administrativos *	8	<u>Número de acções realizadas</u> x 100 Número de acções programadas	100%
8. Identificar a opinião dos administrativos, tendo em conta a adequação das sessões à sua prática profissional	-----	<u>N.º de sessões que os prof. avaliaram</u> <u>úteis/mto úteis</u> x 100 Número de sessões realizadas	90%

- Estas acções formativas específicas podem ter que envolver formadores externos com os correspondentes encargos
- financeiros pelo que apenas se programaram duas sessões para 2008

5. Carteira adicional

5.1. Programa de tabagismo

A consulta de cessação tabágica faz parte de uma estratégia de intervenção alargada e transversal de intervenção junto dos utentes do CS de Cascais, a que chamámos Programa de Tabagismo, que a seguir se descreve.

5.1.1. Fundamentação

De acordo com o Relatório do Alto-comissariado para a Saúde de 2002, o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade, sendo responsável por cerca de 20% da mortalidade total. De entre os problemas de saúde directamente relacionados com este consumo, destacam-se as doenças crónicas: doenças circulatórias, como acidentes vasculares cerebrais, a hipertensão arterial, a doença isquémica cardíaca, cancro em diversas localizações - do pulmão, da laringe, da cavidade oral, do esófago, do colo do útero -, problemas do aparelho respiratório como asma e doença pulmonar crónica obstrutiva e problemas perinatais. Por outro lado, o fumo passivo, no ambiente familiar e em locais de trabalho, parece ser um importante determinante de morbilidade (em especial cancro, doença cardiovascular, asma e otite do ouvido médio) em todos os grupos etários, constituindo hoje o principal poluente evitável do ar interior (DGS, 2002).

A promoção de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo de vida individual, nomeadamente no enfoque do consumo do tabaco, álcool e alimentação, é actualmente, segundo a OMS, a estratégia mais custo-efectiva e sustentável de

prevenir a maioria das doenças crónicas. Esta evidência, por si só, justifica da parte da USF o desenvolvimento de um programa transversal e interdisciplinar da abordagem do tabagismo, que envolve todos os técnicos de saúde, destinado à população abrangida pelo CS de Cascais, com o objectivo não só de tratar os doentes fumadores, mas também de intervir junto daqueles que nunca fumaram, nomeadamente os mais jovens, para prevenir o início do tabagismo.

5.1.2. Objectivos, metas e período de execução

Propõe-se que o programa de Controlo do Tabagismo deve ser avaliado anualmente segundo os seguintes indicadores:

Indicadores	Metas
Proporção de fumadores que continuam sem fumar após seis meses do DIA D (1º dia sem fumar)	30 %
Proporção de fumadores que continuam sem fumar após doze meses do DIA D (1º dia sem fumar)	25 %
Número médio de contactos por fumador, num período de doze meses.	6

5.1.3. População alvo

Toda a população inscrita na extensão do Estoril e USF marginal pertencentes ao CS de Cascais e CS da Parede, que corresponde a cerca de 100.000 utentes.

5.1.4. Actividades

5.1.4.1. Consulta de cessação tabágica

Para cumprir a taxa de sucesso de cessação tabágica da consulta propõe-se uma abordagem por etapas diferenciadas do processo de mudança definido por Prochascka e DiClementi aplicado à cessação tabágica, onde se combina a intervenção motivacional ao apoio comportamental e farmacológico, numa consulta estruturada em quatro encontros clínicos directos e cinco contactos telefónicos. Neste contexto organizacional, o profissional de saúde tem um papel “não directivo”, isto é, em vez de fornecer soluções e sugestões para se deixar de fumar, oferece condições que proporcionam ao fumador o espaço necessário para uma evolução natural no sentido do abandono do tabagismo, ao mesmo tempo que mantém uma direcção e escolhe o momento certo para intervir.

5.1.5. Profissionais envolvidos

Elementos da equipa: 2 médicos e 2 enfermeiros. Um dos médicos tem experiência de consulta de Cessação Tabágica durante 6 anos, e o outro médico e as enfermeiras têm formação nesta área específica.

5.1.6. Estimativas de necessidades e Encargos

Carga horária: 10 horas semanais para a consulta médica e 10 horas semanais para o atendimento de enfermagem

5.1.7. Local de realização

USF Marginal

5.1.8. Equipamento

- 1 Gabinete
- 1 PC com acesso à Internet
- 1 Linha telefónica
- 1 esfigmomanómetro
- 1 Balança
- Doseadores de monóxido de carbono
- Folhetos informativos e questionários de avaliação da motivação
- Posters de sensibilização
- Cartões de visita

5.2. Alargamento de cobertura

O alargamento de cobertura aos sábados faz parte de uma estratégia de aumento de acessibilidade dos utentes da USFM.

5.2.1. Fundamentação

O Centro de Saúde de Cascais possui uma consulta de atendimento complementar para dar resposta às situações de doença aguda para além do horário normal de funcionamento, das vinte às vinte e duas horas nos dias úteis, e das oito às vinte horas aos sábados e feriados.

Na USFM o alargamento de cobertura proposto pretende dar resposta a estas situações de doença aguda, possibilitando o acesso dos seus utentes durante cinco horas ao sábado e também aumentar a acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde, através de consultas programadas ao sábado, para todas as situações em que exista dificuldade de utilização da USFM no horário normal de funcionamento.

5.2.2. Objectivos e metas

Objectivo: Aumentar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde na USFM.

Meta: Realizar pelo menos 50% de actos programados na actividade da USFM ao sábado.

5.2.3. Horário

Sábado das 9 às 14 horas

5.2.4. População alvo

Todos os utentes inscritos na USFM

5.2.5. Profissionais envolvidos

Todos os profissionais da USFM, em escala rotativa anual.

5.2.6. Encargos

Carga horária:

Médicos: dez horas semanais

Enfermeiros: dez horas semanais

Administrativos: dez horas semanais